

Impfanamnese/Einverständniserklärung

Durchführung der Impfung gegen (Bitte ankreuzen/einfügen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tdap-IPV (4-fach) | <input type="checkbox"/> Tdap (3-fach) | <input type="checkbox"/> Td (2-fach) |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> Polio (IPV) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B |
| <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Tollwut | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Japan. Enzephalitis | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Varizellen | <input type="checkbox"/> MMR |
| <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Corona |

Um das Risiko von Komplikationen zu verringern, bitten wir Sie folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten:

Name: _____, Geburtsdatum: _____,

Adresse: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Leiden Sie derzeit an einer Infektion bzw. Fieber? ja nein
- Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, wenn ja an welcher? ja nein
- Sind Allergien bekannt, wenn ja welche? ja nein

- Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? ja nein
- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Pradaxa)? ja nein
- Sind Sie schwanger? ja nein

Ich habe die Informationen des Merkblattes über Indikation, Nutzen, Wirkung, Nebenwirkung und Komplikationsmöglichkeiten der Impfung zur Kenntnis genommen.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile wurde ich informiert.

Ich bin über die notwendige Verweilzeit von 20 min. nach erfolgter Impfung aufgeklärt worden.

Ort, Datum _____